

Massachusetts Eye and Ear Infirmary  
**Formulário de Requisição de Assistência Financeira**

**Informações sobre o Paciente e sua Família (Use o verso deste formulário se o espaço não for suficiente):**

Data: \_\_\_\_\_  
Nome do(a) paciente: \_\_\_\_\_  
Data de nascimento: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Cidade, Estado, Zip: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_

**Parte ou Partes Responsáveis Financeiramente:**

Grau de Parentesco com o Paciente da Parte ou Partes Responsáveis Financeiramente:

Sou o(a) paciente       Pai ou Mãe       Cônjuge  
 Filho(a) adulto(a)       Irmão ou Irmã       Outro parentesco \_\_\_\_\_

**O paciente tinha seguro de saúde na ocasião do atendimento?**

Sim       Não

Se respondeu Sim, anexe uma cópia do cartão do seguro de saúde (frente e verso) e forneça as seguintes informações:

Nome da Operadora: \_\_\_\_\_  
Número da Apólice: \_\_\_\_\_  
Número do Grupo: \_\_\_\_\_  
Nome do Titular: \_\_\_\_\_

Enumere os membros da família, incluindo o paciente, cônjuge, pais, filhos e meio-irmãos que moram na casa do paciente:

	Membros da família	Idade	Grau de parentesco com o paciente
1.			
2.			
3.			
4.			

**Renda:** Enumere TODAS as fontes de renda das partes responsáveis, incluindo a quantia bruta (antes de impostos) proveniente de salários, aluguéis, salário desemprego, benefícios da Social Security, pensões, pensão de crianças, pensão de sustento e alimentícia, etc.:

	Membro da família	Fonte de renda ou empregador	Renda mensal
1.			

Massachusetts Eye and Ear Infirmary  
**Formulário de Requisição de Assistência Financeira**

2.			
3.			

Apresente **cópias** de dois contracheques consecutivos, cartas de adjudicação ou extratos que corroborem outras rendas, ou cópia da restituição do imposto de renda federal.

Continue na próxima página.

**Ativos:** Enumere os ativos financeiros como contas correntes e de poupança, certificados de depósito (CDs), ações e fundos mútuos. Não inclua aposentadoria ou planos de compensação diferida:

	Instituição financeira	Tipo de conta	Número da conta	Saldo
1.				
2.				
3.				
4.				

Apresente **cópias** do extrato atual de cada conta.

**Despesas Médicas:** Se houver despesas médicas de um membro de sua família que você gostaria que fossem levadas em consideração na determinação de quanto você pode pagar, forneça as informações a seguir:

Despesas hospitalares:

	Nome da instituição	Quantia paga nos últimos 12 meses	Quantia atualmente devida	Nome do(a) paciente
1.				
2.				
3.				

Despesas com honorários médicos:

	Nome do médico ou da clínica	Quantia paga nos últimos 12 meses	Quantia atualmente devida	Nome do(a) paciente
1.				
2.				
3.				

Outras Contas Médicas:

	Nome do provedor	Quantia paga nos últimos 12 meses	Quantia atualmente devida	Nome do(a) paciente
1.				

Massachusetts Eye and Ear Infirmary  
**Formulário de Requisição de Assistência Financeira**

2.				
3.				

Forneça **cópias** de todos os extratos mostrando as quantias atualmente devidas.

Continue na próxima página.

Massachusetts Eye and Ear Infirmary  
**Formulário de Requisição de Assistência Financeira**

**Circunstâncias financeiras extraordinárias:** Preencha todas as informações aplicáveis:

Desemprego:

A parte responsável está desempregada

Último dia de trabalho: \_\_\_\_\_

Pagamento da casa atrasado:

Endereço residencial	Aluguel ou Casa própria	Quantia em atraso (Aluguel ou principal da hipoteca e juros, imposto predial e territorial e Seguro)

Forneça **cópias** dos extratos atuais mostrando as quantias atualmente em atraso.

Explique quais outras circunstâncias financeiras extraordinárias a parte responsável gostaria que fossem levadas em consideração na determinação do valor que ela pode pagar:

Descreva Outras Circunstâncias Financeiras Extraordinárias	Pagamento mensal	Quantia atualmente devida	Quantia em atraso

Forneça **cópias** de qualquer outra documentação adicional que comprove outras circunstâncias financeiras extraordinárias que você gostaria que fossem levadas em consideração na determinação de quanto você pode pagar.

**Outras partes responsáveis:** Indique se há qualquer outra pessoa que não esteja listada acima que seja legalmente responsável pelo pagamento das despesas médicas do paciente como, por exemplo, um responsável legal.

- Sim, há outra pessoa legalmente responsável pelas despesas médicas do paciente.  
 Não, não há nenhuma outra pessoa legalmente responsável pelas despesas médicas do paciente.

Se respondeu Sim, forneça as seguintes informações:

Nome	Endereço	Função ou grau de
------	----------	-------------------

Massachusetts Eye and Ear Infirmary  
**Formulário de Requisição de Assistência Financeira**

		<b>parentesco</b>

Continue na próxima página.

**Comprovação de negação do Medicaid:** Forneça cópias das negações por escrito ou da MassHealth (se o requerimento não foi enviado diretamente pelo Mass. Eye and Ear), ou do programa Medicaid em seu estado.

**A parte responsável reconhece que tem a obrigação de informar ao Mass. Eye and Ear qualquer alteração ou atualização no seguro.**

**Não envie os documentos originais. Envie somente fotocópias. Os originais não serão devolvidos.**

\*\*\*\*\*

**Certificação:** Através da minha assinatura neste documento, certifico que li cuidadosamente este requerimento, e todas as minhas declarações e os documentos anexados são verdadeiros e corretos, até onde me foi possível verificar. **Compreendo que é ilegal enviar informações falsas deliberadamente com o intuito de obter assistência financeira.**

Assinatura da Parte ou Partes Responsáveis:

---

Data \_\_\_\_\_

Se tiver alguma pergunta com relação a este formulário de requerimento ou à Política de Assistência Financeira do Mass. Eye and Ear, contate nossos Coordenadores Financeiros pelo telefone 617-573-5664 ou por email no endereço  
FINANCIAL\_COORDINATORS@MEEI.HARVARD.EDU.

Massachusetts Eye and Ear Infirmary  
**Formulário de Requisição de Assistência Financeira**

Envie este formulário para:

**Massachusetts Eye and Ear  
243 Charles Street  
Boston, Massachusetts 02114-3096  
Attn: Financial Coordinators**